

наличии инфицированного гнойного выпота выполнялась лапаротомия с тщательной ревизией органов брюшной полости и забрюшинного пространства. По показаниям выполнялась некрэктомия, туалет брюшной полости с последующим дренированием брюшной полости и забрюшинного пространства. В послеоперационном периоде проводилась целенаправленная консервативная терапия.

При гнойных формах, как правило, у больных наблюдается полиорганная недостаточность и могут возникнуть различные внеорганные осложнения с ферментативной и гнойной интоксикацией. Наряду с применением цитостатиков, антиферментов, антибиотиков у одной группы больных (9); наряду с применяемым лечением осуществляли гемо- или лимфосорбцию, у другой — внутрисосудистую и наружную лазеротерапию (11).

Комплексное лечение в сочетании с гемо- или лимфосорбцией и лазеротерапией оказались более эффективными. У этого контингента больных удалось избежать повторных хирургических вмешательств. Из 3 оперированных умерло 2 больных. В группе больных, где не применялись гемо- или лимфосорбция и лазеротерапия из 9 у 4 больных понадобилось прибегнуть к неоднократным хирургическим вмешательствам. Умерло 3 больных.

Все больные с острым гнойным панкреатитом поступили для стационарного лечения через двое и более суток от начала заболевания. Более 40% из них длительное время употребляли алкоголь.

Леонович С.И., Сбейти Мохамед,  
Кондратенко Г.Г., Леонович Т.С.,  
Ганин Ю.М.

## **ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕАТОГЕННОГО ФЕРМЕНТАТИВНОГО ПЕРИТОНИТА**

/ Минск /

Одним из ранних осложнений острого панкреатита является ферментативный перитонит. Из наблюдавшихся 28 больных острым панкреатитом, осложненным ферментативным перитонитом, правильная дооперационная диагностика заболевания была затруднена у 19 больных. Это связано, во-первых, со сходностью симптоматики тяжелого клинического течения острого панкреатита и другой патологии органов, требующих экстренного оперативного вмешательства, во-вторых, с атипичной картиной перитонита, причину развития которого иногда своевременно не удается установить. Наряду с клинико-лабораторными методами исследования мы прибегали к дополнительным специальным — лапароскопическому с обязательным осмотром доступных лапароскопии органов брюшной полости, взятием экссудата на бактериологический посев, определением активности в нем панкреатических ферментов.

Диагностическая лапароскопия проведена нами у 27 из 28 больных острым панкреатитом, ос-

ложненным ферментативным перитонитом, в первые 2 суток от начала заболевания. У всех больных активность амилазы экссудата, взятого из брюшной полости, была повышена. Роста бактерий не выявлено.

Экстренная, в ранние сроки (первые 2 суток с момента заболевания), клинико-лабораторная диагностика острого панкреатита, осложненного ферментативным перитонитом, дополненная лапароскопическим исследованием, позволяет избрать правильную и своевременную лечебную тактику. Так, у 25 больных проведена интенсивная консервативная терапия. У 9, наряду с проводимой терапией, проведено лапароскопическое дренирование брюшной полости. 3 больным выполнены оперативные вмешательства с комплексом лечебных мероприятий в послеоперационном периоде. Умерло 2 больных пожилого возраста от полиорганной недостаточности.

Правильная диагностика острого панкреатита, осложненного ферментативным перитонитом в ранние сроки, позволяет исключить острую патологию других органов брюшной полости, своевременно провести необходимую консервативную терапию и предупредить деструктивный процесс в поджелудочной железе и бактериальный перитонит.

Леонович С.И., Алексеев С.А.,  
Кипель В.С., Есепкин А.В., Лихорад Г.М.,  
Татур А.А., Скипор А.В.

## **РЕЛАПАРАТОМИЯ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ**

/ Минск /

Расширение объема и диапазона хирургических вмешательств на органах брюшной полости, имеющих отчетливую тенденцию к увеличению за последнее десятилетие, способствует и неизменному увеличению частоты послеоперационных осложнений. Так, по данным исследований, приведенных различными авторами, процент релапаротомий в раннем послеоперационном периоде достигает 0,5-7% от общего числа операций и сопровождается при этом летальностью от 23,5% до 73%.

Нами проведен анализ повторных операций у 2217 больных, оперированных по экстренным показаниям в I хирургической клинике МГМИ в 1996-1997 годах. У 17 (0,76%) больных в раннем послеоперационном периоде выполнены релапаротомии, летальность составила 23% (умерло 4 больных).

После аппендэктомии, выполненной по поводу деструктивного аппендицита с явлениями диффузного перитонита, на 4-е сутки возникла клиника перфорации толстой кишки из-за прорезывания наложенных ранее швов на инфильтрированный купол слепой кишки. Выполнена релапаротомия, цекостомия, санация брюшной полости — выздоровление.

5 больным, вследствие выполненной ранее холецистэктомии по поводу острого и обостре-

ния хронического калькулезного холецистита, потребовались повторные операции. У 2 больных из этой группы при релапаротомии выявлено продолжающееся диффузное кровотечение из ложа желчного пузыря — остановлено дополнительным прошиванием кровоточащих сосудов и тампонадой ложа желчного пузыря. Еще у 2 больных, один из которых оперирован лапароскопическим методом, выявлены повреждения правого печеночного протока и гепатикохоледоха, ошибочно принятым за пузырный проток вследствие их параллельного расположения в едином мышечном футляре. В 1 случае у больной, оперированной лапароскопическим методом, произошло ошибочное наложение металлической скрепки на холедох с пересечением последнего вследствие затруднения идентификации элементов печеночно-дуоденальной связки, что привело к релапаротомии с формированием терминологического холедоходуоденоанастомоза.

У 2 больных, которым ранее было выполнено ушивание прободной язвы луковицы 12-перстной кишки в 1 случае на релапаротомии выявлена ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость, потребовавшая рассечения спаек; в другом — несостоятельность швов и продолжающийся общий перитонит. Выполнено повторное ушивание дефекта анастомоза с подшиванием пряди сальника к линии соустья. Однако в последнем случае, ввиду нарастания явления перитонита наступила смерть больного на 5-е сутки после релапаротомии от полиорганной недостаточности.

Повторные операции выполнены 2 больным после грыжесечения по поводу ущемленной паховой и бедренной грыжи. В 1 случае причиной для релапаротомии послужила неправильная трактовка жизнеспособности ущемленной петли кишки. В другом случае выявлена несостоятельность ранее сформированного межкишечного анастомоза. При этом выполнена резекция несостоятельного соустья с формированием анастомоза в пределах здоровых тканей и назоинтестинальной интубацией тонкой кишки.

Еще 2 релапаротомии выполнено после операций по поводу проникающих ранений брюшной полости. Одна из них предпринята по поводу развивавшейся ранней спаечной непроходимости, вторая — вследствие продолжающегося кровотечения из ткани ушитой селезенки (после попытки органосохраняющей операции).

У 1 больного, оперированного по поводу obturационной кишечной непроходимости в послеоперационном периоде вновь возникла спаечная непроходимость с ангуляцией тонкой кишки.

У больного с огромной, занимающей всю пилороантральную зону язвой, с пенетрацией в поджелудочную железу, после резекции 2/3 желудка по Бильрот-II на 4-е сутки возникла несостоятельность ГЗА. Больной умер от продолжающегося перитонита и развившейся полиорганной недостаточности.

В 1 наблюдении у больной оперированной по поводу гнойного сальпингоофорита с диффузным пельвиоперитонитом на релапаротомии выявлена ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость.

У больного, оперированного по поводу закрытой травмы живота с развитием дуоденальной непроходимости и наложенным задним ГЗА развилась спаечная непроходимость. На 5-е сутки выполнена релапаротомия с рассечением спаек и ввиду выраженного спаечного конгломерата в верхнем этаже брюшной полости, сформирован передний ГЗА на длинной петле с брауновским соустьем. В последующем, произошла несостоятельность переднего ГЗА, что потребовало дополнительного вмешательства с ушиванием дефекта анастомоза с дополнительной перитонизацией швов сальником и санацией брюшной полости раствором «Анионит-100». Несмотря на интенсивную послеоперационную терапию, больной умер от явлений прогрессирующей сердечной недостаточности.

Еще в одном наблюдении у больного, оперированного по поводу неоперабельной опухоли поджелудочной железы, осложнившейся механической желтухой, на 3-и сутки наступила несостоятельность холецистогастроанастомоза. Больной умер от прогрессирующей раковой кахексии и нарастающего гепатопривного синдрома.

Проведенный анализ свидетельствует о том, что процент релапаротомий напрямую зависит от того, по экстренным или плановым показаниям выполнялось оперативное вмешательство; тактических и технических погрешностей, допущенных в ходе первой операции; общих и местных нарушений в организме больного, вызванных основным или сопутствующими заболеваниями.

Леонович С.И., Гаин Ю.М.,  
Леонович С.С., Сбейти Мохамед,  
Позняк С.Н.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА С СОЧЕТАННЫМ ОСТРЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ**

/ Минск /

Из 187 больных острым деструктивным панкреатитом с сочетанным острым бактериальным воспалением желчных протоков (холангитом) отмечено у 42 (22,5%) в возрасте от 30 до 80 лет. Женщин было 33, мужчин — 9.

Наличие процесса в поджелудочной железе и протоках у всех больных установлено интраоперационно.

Все больные подвергнуты оперативному лечению. Установлены следующие формы деструктивного панкреатита: интерстициальный — у 13, очаговый — у 19, субтотальный — у 10. При первой форме оперативные действия на железе не предпринимались. В круглую связку печени и парапанкреатическую клетчатку вводились антибиотики. В сальниковую сумку, подпеченочное пространство подводились резиновые трубки для введения антисептиков в холодном виде и силиконовые катетеры в парапанкреатическую клет-